

ALTE LEIPZIGER Leben

Absender:

Postfach 1660
61406 Oberursel

Versicherungs-Nr.:

Zu versichernde Person:

Geburtsdatum:

Fragebogen zu Erkrankungen der Haut (1.10)

1. Welche Erkrankungen, Unfallfolgen oder körperliche Schäden der Haut (auch Allergien) bestehen oder bestanden **in den letzten 3 Jahren?**

2. Sind in dieser Zeit Beschwerden diesbezüglich aufgetreten (z.B. Hautausschlag, Juckreiz, Quaddelbildung [Urtikaria], Hautschuppung oder Verhornungsstörungen der Haut, Schmerzen bei Belastung, Blutungsneigung, Überempfindlichkeitsreaktionen [z.B. Medikamentenallergie], Allgemeinreaktionen wg. der Hauterkrankung)?

nein ja

Falls ja, wann erstmals?

Wann zuletzt?

Welche Beschwerden, in welchen Abständen?

3. Sind die Beschwerden / Erkrankungen

- im Gesicht?
- an den Händen?
- an anderen Körperteilen? Welchen? _____
- am ganzen Körper?

4. Wann treten oder traten die Beschwerden auf

- bei der Arbeit ganzjährig
- bei Pollenkontakt saisonal
- bei körperlicher Anstrengung sonstiges

5. Sind die Beschwerden / Erkrankungen

- angeboren?
- Folge einer anderen Erkrankung? Welcher? _____
- unfallbedingt?
- sonstiger Ursache? Welcher? _____

6. Haben Sie aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Ärzte oder andere Therapeuten in Anspruch genommen? (**Bitte alle Behandler der letzten 3 Jahre angeben und die erste Behandlung dort, auch wenn außerhalb dieses Zeitraums. Bitte ggf. Beiblatt benutzen, wenn mehr als 2 Behandler.**)

nein ja

1) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten:

erstmals aufgesucht am: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_| zuletzt aufgesucht am: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|

2) Name und Anschrift der Ärzte / Therapeuten:

erstmals aufgesucht am: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_| zuletzt aufgesucht am: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_|

7. Wurden **in den letzten 3 Jahren** im Zusammenhang mit den Beschwerden/ Erkrankungen krankhafte Veränderungen bei Proben der Haut (z.B. oberflächlichen Abschabungen oder Biopsien) oder Laboruntersuchungen (z.B. Abstriche oder Blutuntersuchungen auf Krankheitserreger) oder Allergietests festgestellt? **Befunde bitte beifügen!** nein ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

Wann?

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

8. Wurde **in den letzten 3 Jahren** im Zusammenhang mit den Beschwerden/ Erkrankungen eine Bilddokumentation durchgeführt? **Befunde bitte beifügen!** nein ja

Falls ja, welche Untersuchungen?

Wann?

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

9. Wie werden oder wurden die Beschwerden / Erkrankungen **in den letzten 3 Jahren** behandelt?

keine Behandlung

Salben, Cremes

Medikamentenname: _____

von: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_| bis: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

wie oft täglich? _____

andere Externa

Medikamentenname: _____

von: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_| bis: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

wie oft täglich? _____

medikamentös

Medikamentenname: _____

von: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_| bis: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

wie oft täglich? _____

Bestrahlung

Medikamentenname: _____

von: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_| bis: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

wie oft wöchentlich? _____

Desensibilisierung

von: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_| bis: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

wie oft wöchentlich? _____

andere Therapien

Welche? _____

von: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_| bis: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

wie oft wöchentlich? _____

10. Sind **in den letzten 5 Jahren** aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen akut
behandlungsbedürftige Komplikationen eingetreten (z.B. akute Krankenhauseinweisung,
Notarztbehandlung)? nein ja

Falls ja, welche Komplikationen?

Wann? |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

11. Waren Sie **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen arbeitsunfähig? nein ja

Falls ja, wie oft? _____ mal

von: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_| bis: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

von: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_| bis: |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|

12. Sind **in den letzten 5 Jahren** wegen der Beschwerden / Erkrankungen Operationen durchgeführt worden oder vorgesehen? **Befunde bitte beifügen!** nein ja

Falls ja, welche?

Wann?

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / des Krankenhauses:

13. Waren **in den letzten 10 Jahren** aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen Behandlungen in einem Krankenhaus / stationäre Rehabilitationsmaßnahmen / Kuren notwendig? **Befunde bitte beifügen!** nein ja

Falls ja, welche?

Wann?

Von wem? Name und Anschrift des Arztes / der Einrichtung:

14. Sind aufgrund der Beschwerden / Erkrankungen regelmäßige Kontrolluntersuchungen notwendig? **Befunde bitte beifügen!** nein ja

Falls ja, welche?

Wo? Name und Anschrift des Krankenhauses / der Einrichtung:

Wann?

15. Sind Folgen der Erkrankungen / Unfälle / Körperschäden zurückgeblieben (z.B. Belastungseinschränkungen, störende Narben, Schmerzen, Gelenkbeschwerden)?

nein ja

Falls ja, welche?

16. Haben die Folgen der Erkrankungen/ Unfälle/ Körperschäden zu Beeinträchtigungen Ihres täglichen Lebens oder Ihrer Berufstätigkeit geführt?

nein ja

Falls ja, zu welchen?

17. Streben Sie einen Berufs- oder Arbeitsplatzwechsel an oder ist ein solcher aus medizinischen Gründen bereits erfolgt oder angeraten?

nein ja

Falls ja, empfohlene Tätigkeit:

18. Benötigen Sie Hilfsmittel wie z.B. Handschuhe oder Hautschutzsalben?

nein ja

Falls ja, welche?

19. Sind Sie in Ihrem Beruf besonderen Belastungen der Haut ausgesetzt (z.B. Feuchtarbeit, häufige Arbeit mit Handschuhen, mechanisch hautbelastende Tätigkeiten, Umgang mit hautreizenden Stoffen, Schadstoffen oder Allergenen)?

nein ja

Falls ja, wie viele Stunden pro Tag?

20. Haben Sie in Ihrem Beruf häufigen Publikumsverkehr/ Kontakt mit Kunden?

nein ja

Falls ja, bitte beschreiben Sie die näheren Umstände:

21. Haben Sie in Ihrem Beruf Kontakt mit Lebensmitteln?

nein ja

Falls ja, bitte beschreiben sie die näheren Umstände:

22. Welcher Arzt ist am besten über die Erkrankung informiert?

Name und Anschrift des Arztes:

Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen habe (unvollständige oder unwahre Angaben stellen eine Verletzung der Anzeigepflicht dar).

Ort, Datum

Unterschrift zu versichernde Person (bei Minderjährigen: zusätzlich gesetzliche Vertreter)

x